

垂水市帯状疱疹予防接種費用助成申請書兼同意書

年 月 日

垂水市長 殿

申請者 住 所
氏 名
連 絡 先

帯状疱疹予防接種に係る費用の助成を希望するため、垂水市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり交付対象者証明書の発行を申請するとともに、以下の同意・誓約事項に同意します。

1 接種情報

接種者氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
生 年 月 日	年 月 日	申請者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人	
希望ワクチン	<input type="checkbox"/> 生ワクチン（1回接種）	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（2回接種）	
接種履歴	<input type="checkbox"/> 接種履歴 無	<input type="checkbox"/> 接種履歴 有 最終接種日： 年 月 日	

2 接種希望医療機関

<input type="checkbox"/> 市内医療機関	<input type="checkbox"/> 市外医療機関 医療機関名（ ）
---------------------------------	---

【同意・誓約事項】

- 市への予診票の提出に同意します。
- 接種前に医師に相談し、医師の判断に従います。
- 申請内容を変更する場合は、再申請します。
- 接種医療機関へ市から発行された交付対象者証明書を提示します。
- 市外の医療機関でワクチンを接種する場合は接種医療機関へ市から発行された依頼書を提出します。
- 偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けた場合は、助成金を全額返金いたします。